

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИССЕМНИРОВАННОЙ ИНФАНТИЛЬНОЙ ГЕМАНГИОМЫ

Сурикова Юлия Валерьевна<sup>1</sup>, Дубовик Ольга Михайловна<sup>1</sup>, Лазарчик Игорь Викторович<sup>1</sup>,  
Зайцев Дмитрий Владимирович<sup>1</sup>, Ненартович Ирина Антоновна<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Учреждение здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница», Республика Беларусь, Минская область, Минский район, агрогородок Лесной, 40.

<sup>2</sup> Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Республика Беларусь, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, к. 3

irena.nienartowicz@gmail.com

**Ключевые слова:** гемангиоматоз, инфантильная гемангиома

**Введение.** Инфантильная гемангиома (ИГ) — это реактивное опухолеподобное образование кровеносных сосудов с тенденцией к самопроизвольной инволюции. Частота встречаемости 1:100–120 новорожденных. Риск представляют осложнения: изъязвления, некрозы, костные деформации от давления, дыхательная недостаточность. Средний возраст их появления 2 недели, глубоких подкожных — 2–3 месяца [1].

**Цель исследования.** представить описание клинического случая диссеминированной ИГ.

**Материалы и методы.** ведение пациента с диссеминированной ИГ, анализ медицинской документации.

**Результаты.** Девочка П., 1,5 месяца, поступила в клинику с жалобами на одышку, кашель. В возрасте 5 недель П. заболела остро, когда появился ринит, через 5 дней — дистанционные хрипы, шумное дыхание, на 9й день госпитализирована. На фоне этого заболевания было 2 приступа в виде внезапного поворота головы вправо с тоническим напряжением мышц конечностей в течение 5 минут (купировались самостоятельно).

Анамнез жизни: Доношенная девочка от 8-й беременности, протекавшей без особенностей у женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (2 беременности замершие, в том числе 7я, которая прервалась на фоне переносимой женщиной COVID-19, через 2 недели после выздоровления наступила 8-я беременность), 6-х срочных стремительных родов в сроке гестации 40–41 неделя per vias naturales. При рождении масса 3230 г, длина тела 52 см. Оценка по Апгар 8/8 баллов. В родильном зале выявлена гемангиома правой подчелюстной области, боковой поверхности шеи справа. Ребенок был на грудном вскармливании. Со слов мамы ИГ в размерах и структуре не менялась.

Настоящее заболевание: ОРИ: назофарингит, ларинготрахеит, стеноз гортани 1й степени, обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность 2й степени. Риновирусная инфекция (ПЦР). На фоне терапии (ингаляции адреналина, будесонида, фенотерол/ипратропия бромид, инфузия дексаметазона, эуфиллина, азитромицин) в течение 5 дней сохранялась дыхательная недостаточность, одышка смешанного характера, кислородозависимость (сатурация до 91%).

На рентгенограмме органов грудной клетки — гиповентиляция в верхних отделах правого легкого, субсегментарный ателектаз, интерстициальные изменения. Для уточнения причин некупируемой обструкции дыхательных путей выполнена КТ шеи, грудной полости, КТ-ангиография: массивная сосудистая мальформация затылочной области, шеи, верхней трети грудной клетки с распространением в глубокие пространства шеи, средостение. На МРТ выявлено распространенное многоузловое образование в клетчаточном пространстве шеи справа, верхнем средостении, с признаками инвазии стенки гортани, подкожно-жировой клетчатки верхних отделов грудной клетки справа, подкожно в затылочной области, образование в правой доле печени.

УЗИ органов брюшной полости: очаговое образование правой доли печени, деформация желчного пузыря. ЭФГДС: эндоскопическая норма. Выполнена панч-биопсия новообразования кожи правой надлопаточной области + иммуногистохимическое исследование: ИГ.

УЗИ головного мозга: субэпендимальная киста справа. ЭЭГ: локальной и пароксизмальной патологической активности не выявлено. Консультирована офтальмологом, ЛОР-врачом, детским хирургом, челюстно-лицевым хирургом, неврологом, генетиком.

Для лечения диссеминированной ИГ правой подчелюстной области, боковой поверхности шеи справа, с инвазией гортани, подкожно-жировой клетчатки верхнего средостения, подкожно в затылочной области, правого плеча, грудной клетки справа, правой доли печени был выбран пропранолол под контролем ЭКГ. ЭКГ и Холтер-ЭКГ на протяжении 16 дней терапии — без патологии. Купированы ларинготрахеит и обструктивный бронхит.

Ребенок выписан на амбулаторный этап с рекомендациями продолжить пропранолол 3 мг/кг/сут в 2–3 приема длительно, под контролем ЭКГ 1 раз в неделю. В плане — консультация невролога, офтальмолога, кардиолога, челюстно-лицевого хирурга, ЛОР, через 1 месяц; УЗИ области ИГ, головного мозга, органов брюшной полости через 1 месяц, сердца через 3 месяца; МРТ головного мозга, шеи и верхнего средостения через 3 месяца; консультация генетика в возрасте 1 год.

**Заключение.** Данный случай подчеркивает разнообразие дебюта висцеральных ИГ. Описаны фазы развития ИГ: 1) быстрый рост в первые 3–4 месяца; 2) рост замедляется в следующие 5–8 месяцев; 3) покоя (нет роста) в возрасте 11–13 месяцев; 4) ранней инволюции — с возраста 14–16 месяцев до 2–5 лет; 5) поздней инволюции (до 6–10 лет) [1]. В данном случае ОРИ возникло в 1 месяц, в фазу быстрого роста ИГ, что усугубило клиническую картину. Так была выявлена ИГ печени. Гемангиомы печени в большинстве случаев бессимптомны, первые их проявления связаны с разрывом, что сопряжено с жизнеугрожающим профузным внутрибрюшным кровотечением [2].

#### **Литература:**

1. Шептий О.В., Круглова Л.С. Младенческая гемангиома: классификация, клиническая картина и методы коррекции/ О.В. Шептий, Н.Н.Иоскевич. — Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2016. — № 3. — С.178 — 183.
2. Иоскевич Н.Н. Редкий случай хирургического лечения гигантской гемангиомы печени/ Н.Н.Иоскевич. — Новости хирургии. — 2018. — № 2. — С. 243 — 247.